FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Frédéric-Jean LAURENT

Né le 23 juin 1899 à Landerneau (Finistère)

De l'extraction d'urgence de la dent en période d'infection aiguë

Président : Bernard CUNÉO

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Frédéric-Jean LAURENT

Né le 23 juin 1899 à Landerneau (Finistère)

De l'extraction d'urgence de la dent en période d'infection aiguë

Président : Bernard CUNÉO

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, Rue de l'École-de-Médecine, 13
PARIS

1930

LE DOYEN . . . . . M ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie mentale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le servicedes examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
DEMELIN	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO

Professeur d'Anatomie Médico-Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Notre Maitre le Docteur CHOMPRET

Stomatologiste des Hôpitaux

Chef des Travaux Pratiques de Stomatologie
à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

pour le remercier de l'accueil qu'il nous a réservé dans son service et de l'enseignement que nous y avons recueilli.

Au Docteur M. DECHAUME

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

qui nous a confié le sujet de cette thèse et à qui nous devons tant pour l'élaboration de ce travail. Nous l'assurons ici de notre infinie reconnaissance.

INTRODUCTION

La question des extractions en période d'infection aiguë demeure à l'ordre du jour. Elle est l'objet de critiques par les médecins non spécialisés, les dentistes, les malades et, ce qui est plus anormal, les chirurgiens et les stomatologistes.

L'essor de la vaccinothérapie, dont nous devons suivre les progrès avec intérêt, semble être à l'origine de cette erreur.

Le but de cette étude est, en effet, de montrer que la condamnation systématique de l'extraction en période d'infection aiguë est une erreur.

Erreur, parce que la pathologie buccale demeure une branche de la pathologie générale : « *Ablata causa tollitur effectus* ».

Erreur plus encore, parce que l'extraction correcte n'est pas responsable des méfaits dont on l'accuse.

Nous n'avons pas la prétention d'énoncer des faits nouveaux. Cette discussion est très ancienne. C'est ce que nous verrons dans un court exposé historique.

Dans un deuxième chapitre, nous énumérerons les reproches faits à cette extraction en période d'infection aiguë. Ces reproches nous les discuterons et tâcherons de les réfuter.

Nous exposerons ensuite les cas cliniques dans lesquels nous estimons nécessaire l'extraction d'urgence. Cette extraction est une véritable petite intervention dont les divers détails demandent à être analysés : ce sera l'objet du quatrième chapitre.

Et pour terminer, nous résumerons brièvement les observations que nous avons recueillies à la consultation de Saint-Louis pendant quelques mois. Elles n'ont pas été choisies. Nous avons pris tous les malades qui se présentaient à la consultation avec une lésion nécessitant l'extraction. Il s'agit d'une statistique intégrale. Elle est peu importante et n'a qu'un but, celui de concrétiser en quelque sorte les résultats que le Docteur Chompret obtient dans sa clientèle (à l'hôpital aussi bien qu'en ville) depuis de longues années.

Chapitre I

HISTORIQUE

Deux tendances se sont toujours opposées au sujet de la conduite à tenir en présence d'accidents infectieux aigus d'origine dentaire : l'une n'autorise à extraire la dent causale qu'après refroidissement du foyer inflammatoire; l'autre préfère l'extraction d'urgence pour supprimer la dent, cause de l'infection.

Bien que les accidents septiques consécutifs aux avulsions dentaires fussent plus fréquents autrefois, ainsi qu'en témoigne la thèse de Guérard en 1895, certains stomatologistes réagissaient déjà contre les tendances temporisatrices. Un auteur anglais, Christopher Heath, écrivait en 1867 : « Quant au préjugé populaire que partagent certains membres de la profession et qui consiste à croire qu'on ne doit pas enlever de dents pendant la période aiguë de l'inflammation alvéolaire, il ne repose sur aucun fondement et est entièrement dépourvu de vérité. Cependant, comme ce préjugé a servi de base à une action intentée à un dentiste éminent, je ne crois pas inutile de faire connaître l'opinion du président de

The association of Surgeons practising dental Surgery en réponse à la question : « Est-il à propos de refuser d'extraire une dent cariée et douloureuse sous prétexte de l'acuité de l'ostéo-périostite provoquée par sa présence ? » Le président « est heureux de voir discuter une pratique vicieuse qui a beaucoup augmenté les souffrances humaines et a entraîné souvent des conséquences fâcheuses pour le sujet. Quelques praticiens ont le tort d'attendre que l'inflammation se soit apaisée; mais, si la dent est retenue, l'inflammation ne manque pas de s'étendre rapidement aux parties avoisinantes... » (Médical press and circular, 12 janvier 1881).

Actuellement, chirurgiens et stomatologistes se rangent en trois partis. Le premier compte les avulsionnistes systématiques et parmi eux le Professeur Sébileau dont les traités classiques de Chirurgie ont à peu près tous reproduit les opinions à ce sujet. « L'extraction de la dent malade s'impose, au même titre que, dans un foyer de suppuration, l'extraction du corps étranger qui en a provoqué la formation; elle est la première mesure à prendre ». (Sébileau).

« Malgré un préjugé tenace, il faut faire de suite, dans tous les cas d'accidents infectieux d'origine dentaire, l'avulsion de la dent malade ». « L'ablation de la dent de sagesse s'impose dans tous ces cas et elle devra être exécutée sans aucun délai ». (Lecène).

Lenormant, Chompret et Dechaume adoptent les mêmes idées.

Cependant Ombredanne et Brocq, Nogué, Frey et Ruppe parmi beaucoup d'autres ne se montrent pas toujours aussi catégoriques : ils sont éclectiques et pensent que « l'avulsion toujours immédiate et l'abstention systématique ont un caractère par trop absolu et qu'il importe de sérier les cas ». (Brocq).

Récemment enfin furent publiés quelques cas d'accidents infectieux graves après des extractions faites en période inflammatoire.

Gornouec publie un cas d'accidents d'évolution de dent de sagesse (péricoronarite suppurée) dont l'extraction fut suivie d'une stomatite ulcéro-membraneuse grave, compliquée d'angine bilatérale, puis d'une ostéo-myélite de la mandibule et enfin d'une septico-pyohémie à staphylocoques et ceci malgré le traitement général par la vaccinothérapie.

Van Wagenem et V. Castello rapportent plusieurs cas d'angines de Ludwig; Buckley trois cas de septicémies consécutifs à des extractions dentaires. M. Delbet rappelle « trois cas malheureux d'extraction dentaire : une pleurésie purulente avec septicémie à streptocoques mortelle, une arthrite suppurée temporo-maxillaire, une ostéite grave avec séquestres. » Il préconise la vaccinothérapie et n'enlève la dent que lorsque l'inflammation est bien éteinte.

C'est ainsi que la tendance ancienne, temporisatrice, réapparaît sous une forme modernisée. Diverses méthodes sont préconisées pour faire disparaître les

accidents aigus et permettre soit de pratiquer secondairement, à froid, l'avulsion de la dent malade, soit d'aider la guérison lorsqu'on a déjà mis en œuvre le traitement chirurgical.

Rousseau-Decelle et Barzilaï étudient « l'action de l'argent colloïdal dans les suppurations dentaires ». Ils font des injections intra-musculaires d'électrargol aux doses de 10 cm^3 à 20 cm^3 quotidiennement, jusqu'à concurrence de 100 cm^3, dose globale. Ils améliorent ainsi les symptômes infectieux, calment la douleur et abrègent la durée de l'évolution des accidents aigus.

Raiga rapporte à la Société de Chirurgie, puis à la Société de Stomatologie, un travail sur le « Traitement des phlegmons dentaires par le Bactériophage de d'Hérelle ». Il utilise un bactériophage polyvalent et l'emploie soit par ponction de la collection et injection *in situ* après aspiration du pus, soit par injections sous-cutanées à distance du foyer.

Cette communication fut l'occasion de discussions. M. Brocq dit que, suivant les cas il fallait intervenir ou temporiser et employer la vaccinothérapie comme traitement adjuvant. Enfin, au cours d'une discussion à la Société de Stomatologie, MM. Chompret et Dechaume, M. Béliard soutiennent le principe de l'extraction d'urgence en craignant que les nouvelles méthodes préconisées n'engagent « les praticiens timorés et craintifs à différer des extractions utiles ».

Chapitre II

Les reproches faits à l'extraction de la dent en période aiguë peuvent être ramenés à trois principaux, à savoir : guérison moins rapide, difficulté de l'intervention, danger de complications infectieuses graves post-opératoires.

⁂

La disparition rapide des symptômes subjectifs et objectifs des accidents infectieux serait un des principaux avantages des médications de choc. Elles provoqueraient, en effet, une sédation de la douleur et un soulagement presque immédiats; le trismus s'atténuerait progressivement. Le malade, déprimé, ne tarderait pas à retrouver le sommeil et la possibilité de s'alimenter facilement. La tuméfaction s'affaisserait et le traitement médical serait quelquefois suffisant pour obtenir une guérison ou même une résorption d'une collection déjà fluctuante (Barzilaï). Enfin la durée de l'évolution des phénomènes aigus serait abrégée : avec l'électrargol, dans la proportion de cinq jours au lieu de dix ou quinze

comme lorsqu'on se contente du traitement chirurgical seul.

Il ne semble pas que les résultats que nous avons obtenus par le traitement chirurgical d'urgence soient inférieurs aux précédents. Nos malades ont été soulagés immédiatement après l'extraction, leurs douleurs ont diminué; ils ont pu dormir et manger normalement et nous les avons vus revenir transformés le lendemain de l'intervention. Nous n'avons noté que quelques rares cas où les symptômes ne s'amélioraient pas et ces échecs étaient dus à ce fait que nous n'avions pas incisé la collection au moment de pratiquer l'extraction. La durée de l'évolution était assez sensiblement égale : la moyenne allant de huit à dix jours environ, sauf dans deux cas de phlegmons graves et de cellulites qui ont continué à évoluer et ont été justiciables d'une intervention chirurgicale plus large.

De plus, ces médications par l'électrargol ou par les vaccins (sauf peut-être le Bactériophage) ne sont pas sans inconvénients. Les injections intra-musculaires sont douloureuses, quelquefois mal supportées par les malades. Elles déterminent un choc et une élévation de température aux environs de 39°5 à 40°. Elles peuvent être contre-indiquées lorsqu'on craint le collapsus cardiaque, par exemple chez les cardiopathes, les vieillards et les sujets en état de déficience organique.

***

Le second reproche fait à l'extraction d'urgence est d'augmenter les difficultés de l'intervention. Plusieurs conditions peuvent y contribuer : d'abord l'extraction est douloureuse, l'anesthésie étant souvent imparfaite, surtout l'anesthésie locale qui agit mal au milieu de tissus enflammés et l'anesthésie régionale est malaisée à obtenir lorsqu'on intervient sur des molaires inférieures puisque dans ces cas on est fréquemment gêné par le trismus. Le trismus est d'ailleurs le principal obstacle pour l'opérateur qui voit mal, risque de traumatiser les tissus voisins, de fracturer la dent ou l'alvéole et de prolonger la durée de l'intervention. Tous ces facteurs peuvent être désastreux pour les suites opératoires par les complications infectieuses qu'ils peuvent entraîner.

Ces difficultés, indéniables, sont liées à une question de technique opératoire que nous exposerons plus loin, et à la qualité de l'opérateur dont dépend, pour une grande part, le succès de l'intervention. L'anesthésie locale, telle que la pratique M. Chompret est toujours possible et généralement suffisante; l'anesthésie régionale n'a pas de gros avantages; d'ailleurs on doit souvent lui adjoindre, au maxillaire inférieur surtout, une anesthésie locale du côté vestibulaire, ce qui en fait perdre les bénéfices.

Quant au trismus, en faisant appel à la bonne volonté du patient, on peut arriver sans douleurs, avec l'aide de l'ouvre-bouche, à obtenir une ouverture suffisante des arcades dentaires pourvu que la manœuvre soit lente et

douce. Aucun de nos malades ne nous a refusé l'intervention.

***

Nous arrivons maintenant à l'étude des plus graves conséquences attribuées à l'extraction pratiquée d'urgence en période d'infection aiguë, c'est-à-dire aux complications infectieuses des extractions, comprenant les alvéolites, les ostéïtes diffuses et les ostéo-myélites, les cellulites circonscrites ou diffuses et surtout les septicémies et ses différentes variétés : pyohémies, septicopyohémies, septicémies généralisées d'emblée.

« Enlever la dent c'est ouvrir une porte à l'infection, parfois même à la mort. » (Gornouec).

Quelle serait l'étiologie de ces accidents graves et particulièrement des septicémies? Raison retient trois causes favorisantes : l'anesthésie locale; le traumatisme opératoire; la septicité buccale.

Tout d'abord l'anesthésie locale aurait un double effet que Schmutz décrit de la façon suivante : « Nous croyons que les accidents septiques qui se produisent à l'occasion de l'avulsion des dents sont déclenchés par l'injection du liquide anesthésiant, moins par défaut de stérilité de la seringue et du liquide que parce que, en poussant l'injection dans des tissus enflammés, on provoque une distension des mailles du tissu; de petites hémorragies interstitielles se produisent et les agents infectieux ont une porte ouverte pour passer directement dans

la voie sanguine et produire des accidents septicémiques ». En outre le liquide agit sur les tissus comme un toxique et, par l'adrénaline qu'il contient, « sidère pour plusieurs heures les défenses naturelles locales » (Rousseau-Decelle).

Un second facteur viendrait donner un coup de fouet à l'infection déjà existante : le traumatisme opératoire, qui est plus important que dans une extraction ordinaire ou pratiquée dans des conditions favorables, et plus redoutable, puisqu'il se produit au milieu septique. Il est encore aggravé lorsque survient un accident, fréquent ou cours de l'extraction, tel que la fracture de la dent ou de l'alvéole.

Enfin la septicité buccale joue le rôle le plus important dans les affections graves d'origine dentaire.

A cause de l'œdème et de la gêne qu'ils éprouvent à ouvrir la bouche, les malades ne prennent aucun soin d'hygiène buccale; leur mauvais état général, l'absence de mastication favorisent la prolifération des germes microbiens dans la cavité buccale, au contact de la plaie d'extraction.

Parmi les cas cliniques que nous rapportons plus loin et que nous avons recueillis dans le service du Dr Chompret, nous n'avons jamais observé d'accidents infectieux graves consécutifs à des extractions faites en période inflammatoire. On pourra nous objecter le nombre relativement réduit des cas observés, une quarantaine; cependant quelques-uns de nos malades étaient

gravement atteints et dans un état de déficience organique qui aurait pu, conjugué avec un traumatisme opératoire tel qu'en produit une extraction (Rousseau-Decelle), favoriser l'éclosion d'un accident grave ou même d'une septicémie.

D'ailleurs nous nous appuyons, pour affirmer la rareté des complications infectieuses de l'extraction d'urgence, sur la longue expérience de M. Chompret qui l'applique depuis plus de vingt ans au traitement des affections aiguës d'origine dentaire. Nous ne sommes pas éloigné de croire que les résultats heureux de cette thérapeutique sont dûs à l'exécution correcte des différents temps que comporte l'extraction de la dent en milieu infecté. Cette extraction est considérée généralement comme une manœuvre très simple et à la portée de tous. Sans en exagérer l'importance, il faut avouer que sa technique demande un certain entraînement que n'ont pas tous les médecins, les chirurgiens et même certains spécialistes. C'est pourquoi nous avons jugé bon de décrire plus loin les détails de l'intervention, tels qu'ils ont été précisés par M. Chompret et tels qu'il les met depuis longtemps en pratique.

C'est ainsi que l'on évitera les accidents dus à l'anesthésie locale si l'on prend la précaution d'injecter en tissu sain et si on réalise les conditions d'asepsie aussi parfaites que possible, c'est-à-dire, désinfection à l'eau oxygénée, aiguilles aseptisées à chaque nouvelle piqûre. De même l'action nocive de l'adrénaline, qui produit

l'ischémie de toute la région opératoire et paralyse ainsi les réactions de défense des tissus, sera combattue en provoquant une hémorragie de la plaie alvéolaire soit à l'aide d'un lavage très abondant avec de l'eau très chaude, soit par un léger curetage des parois alvéolaires. L'hémorragie ainsi provoquée a un rôle très efficace : le sang lave la plaie alvéolaire et chasse les germes microbiens déjà existants ou ceux qui proviennent du milieu buccal.

Il faut aussi, de toute évidence, éviter de faire des délabrements inutiles et réduire le traumatisme opératoire au minimum; le plus souvent cette condition est facile à réaliser. Les dégâts produits par l'intervention sont négligeables car, on doit l'avouer, dans la majorité des cas l'extraction est relativement aisée. L'os où se trouve implantée la dent infectée est dans un certain état de raréfaction, le ligament alvéolo-dentaire est en partie détruit; la dent est alors mobile et baigne dans le pus : elle est « cueillie plutôt qu'avulsée » (Sébileau).

Enfin la septicité buccale, dans laquelle on opère et que Rousseau-Decelle considère comme l'élément le plus favorable à l'éclosion des complications post-opératoires, peut être atténuée si l'on a préparé la bouche du malade avant l'extraction. Pour cela on prendra les précautions suivantes : chaque fois qu'on le pourra, il faudra pratiquer un détartrage minutieux des dents et si le trismus ou la douleur causée par la tuméfaction y mettent obstacle, on fera un nettoyage soigneux de la

denture et de toute la cavité buccale à l'eau oxygénée. De même, après l'extraction, des lavages abondants et fréquents au bock, avec un mélange d'eau bouillie chaude et d'eau oxygénée, en même temps qu'ils calmeront la douleur, activeront les réactions de défense des tissus contre l'infection.

Quelles sont les complications les plus redoutables imputées aux extractions en période aiguë? Ce sont d'après Rousseau-Descelle et Raison les septicémies. Or les observations de septicémies consécutives aux extractions dentaires sont rares dans la littérature. Autrefois les cas graves et même mortels étaient fréquents ainsi qu'en témoigne la thèse de Guérard.

De plus, il paraît impossible d'établir une relation de cause à effet entre l'extraction faite d'urgence et l'apparition d'accidents infectieux graves après l'intervention. D'autre part il ne semble pas qu'on les observe souvent dans les cas d'infection vraiment aiguë. Les extractions « *qui sont faites au cours de périodontites suppurées, par exemple, peuvent évidemment être le point de départ de septicémie, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent.* En effet dans ces conditions, les défenses organiques sont déjà alertées, la phagocytose est intense et la formation du pus est l'indice de la défense de l'organisme » (Rousseau-Decelle).

Raison reproche au traumatisme opératoire de favoriser la pénétration de l'infection dans le courant sanguin et il écrit à ce sujet qu'il n'est pas rare d'observer, après

une extraction faite « à propos d'une périodontite suppurée, des accidents légers de bactériémie passagère qui se traduisent par un petit frisson, un malaise général et une élévation de température fugace ». Or l'acte opératoire, qui ouvre les vaisseaux sanguins au contact d'une région infectée a pour résultat de provoquer une hémorragie; cette hémorragie balaie les germes septiques qui tendraient à pénétrer dans les vaisseaux et les entraîne au dehors. De plus, contrairement à ce qu'on a prétendu autrefois, il est établi que le sang est un mauvais milieu de culture. Même en cas de septicémie grave on ne trouve pas toujours de microbes en pratiquant l'hémoculture; on ne les découvre que par intermittence et seulement au moment de poussées qui provoquent de véritables décharges microbiennes. En effet la notion pathogénique ancienne qui expliquait le septicémie par la multiplication bactérienne sanguine n'est plus admise aujourd'hui. On est d'accord pour voir au contraire l'origine de septicémies dans un foyer d'infection localisée « d'où essaiment, de façon plus ou moins intermittente, les microbes charriés par la circulation ». Par quel processus se ferait cet ensemencement du milieu sanguin? « Si l'on peut observer l'issue à travers la paroi vasculaire de microbes venant d'un abcès voisin, il est de fait que, très souvent, c'est par l'intermédiaire d'un processus thrombo-phlébitique veineux que se propage l'infection » (Dreyfus-Sée). Cet auteur insiste donc, mis à part les cas de septicémies suraiguës, exceptionnelles chez l'hom-

me, sur l'importance de ces poussées répétées, de ces décharges constamment renouvelées de microbes dans la circulation que provoque un foyer d'infection localisée qui se trouve en connexions intimes avec le courant sanguin. Or les conditions requises pour l'éclosion d'une septicémie se trouvent réunies en cas d'accidents infectieux d'origine dentaire; les foyers septiques se trouvent au contact d'espaces cellulaires péri-buccaux qui vont ensemencer par voisinage des régions très vascularisées. C'est pourquoi on peut expliquer que la réaction inflammatoire passagère causée par une extraction détermine une décharge microbienne brusque dans le sang. Mais cette bactériémie est passagère parce que le foyer générateur est tari par l'ablation de la dent infectée et le drainage de la collection suppurée qui se fait par voie alvéolaire après l'extraction ou, sinon, que l'on facilite par une incision endobuccale généralement. Aussi il nous semble qu'on réalise mieux la prophylaxie des septicémies en supprimant la lésion initiale qui se trouve être ici la dent et ce qui l'entoure. « Ces notions pathogéniques amènent à concevoir, à l'origine des septicémies ou septico-pyohémies, la quasi constance des foyers primitifs, foyers parfois inextirpables, mais qui *bien souvent sont localisés en des zones accessibles permettant d'envisager une thérapeutique curatrice radicale* » (Dreyfus-Sée).

Et même, l'infection septicémique déclarée, c'est sur le foyer primitif que doit encore porter l'intervention.

« Les ablations dentaires nécessaires devront être pratiquées précocement » (Dreyfus-Sée).

En résumé, il nous semble, qu'en cas d'accidents infectieux aigus dentaires, pour prévenir les graves complications, l'extraction de la dent n'a que des avantages puisqu'elle a le double effet de « supprimer le corps étranger septique (la dent) et de permettre souvent le drainage de la collection suppurée par l'alvéole ouvert ». Les complications une fois déclarées, l'extraction a les mêmes indications et plus pressantes encore s'il est possible.

Quand des accidents graves surviennent après une extraction faite en période inflammatoire, on ne peut pas établir la preuve qu'il y a une relation de cause à effet entre l'acte chirurgical et la dissémination de l'infection. On pourrait supposer d'une façon aussi plausible que les lésions préexistantes étaient, d'emblée, graves et que *malgré l'extraction*, la virulence de l'infection a continué à évoluer et à s'aggraver.

« Bien que très exceptionnels, ces accidents d'emblée très graves, et même mortels à point de départ dentaire, doivent être bien connus; il serait, en effet, très injuste de rendre dans ces cas le dentiste (qui a fait souvent très correctement l'avulsion dentaire), responsable de l'évolution ultérieure septicémique ou gangréneuse des accidents. Quand des accidents gangréneux ou septicémiques apparaissent, il faut les traiter énergiquement et

précocement, mais il ne faut accuser personne de les avoir causés » (Lecène).

« L'extraction de la dent malade est la première mesure à prendre. Evidemment, elle n'arrive pas, dans tous les cas, à prévenir les accidents locaux (formations séquestrales) ou généraux (septicémies) qui terminent, quelquefois les phlegmons odontopathiques; mais, par contre, comme dit Demogier, il est hors de bon sens de lui attribuer ces accidents » (Sébileau).

L'habitude de temporiser (si répandue dans le public et même parmi certains spécialistes) a la conséquence néfaste de permettre à des accidents peu graves au début d'évoluer et de prendre une forme dangereuse. C'est pourquoi il faut redouter dans certaines méthodes actuelles, basées sur le principe de l'extraction retardée et faite à froid, la tendance à encourager chez les malades la crainte de complications, dont l'existence n'est pas encore établie, et chez les dentistes la peur des responsabilités. Nous citerons comme conclusion ces lignes de MM. Chompret et Dechaume :

« Regardons ce qui se passe en chirurgie générale. Chaque jour des malades sont opérés au cours d'une crise d'appendicite. La plupart guérissent après avoir présenté une réaction plus ou moins intense suivant les cas. Néanmoins, de temps à autre, un opéré meurt, en quelques jours, de septicémie. Ces résultats malheureux ont-ils fait modifier les indications opératoires dans l'appendicite aiguë? Personne n'ose affirmer que l'inter-

vention a déclenché la septicémie. Bien entendu ceci suppose une opération exécutée correctement, sans traumatisme inutile, sinon... ce n'est plus la méthode, c'est l'opérateur qu'il faut condamner ».

Chapitre III

INDICATIONS DE L'EXTRACTION D'URGENCE DANS LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES AIGUES D'ORIGINE DENTAIRE

Ces indications seront schématiques et fatalement incomplètes. Nous ne pouvons envisager tous les cas cliniques où la dent peut être conservée. Ce traitement conservateur est facteur de trop de considérations (situation du malade, esthétique, terrain...). Nous envisagerons successivement les divers accidents inflammatoires aigus d'origine dentaire en les classant en deux grands groupes :

1° Complications de la carie auxquelles nous rattacherons celles des mortifications pulpaires.

2° Accidents d'évolution.

I. — Complications de la carie dentaire

Il faut distinguer suivant qu'il s'agit de la denture permanente ou de la denture temporaire.

1° *Denture permanente.*

La progression peut déterminer :

a) *La mono-arthrite apicale suppurée et l'ostéo-périostite* qui s'accompagne le plus souvent de fluxion. En règle générale, dans ces cas, le traitement conservateur doit suffire. Il est bon cependant de se méfier des lésions chroniques réchauffées dont la radiographie viendra confirmer l'existence et savoir ne pas différer trop longtemps l'extraction.

Il faut redouter le voisinage du sinus, même dans ces complications bénignes et préférer souvent l'extraction à un traitement conservateur plein de risques.

Il est de plus, nécessaire que la dent causale mérite la peine d'être conservée : possibilité d'une prothèse fixe (couronne, dent à pivot...). Il faut enfin que la dent puisse être traitée avec sécurité : absence d'anomalies radiculaires (se méfier des dents de sagesse et des premières prémolaires supérieures), absence de tares (tuberculose, syphilis).

b) *L'ostéo-phlegmon* réalise l'indication type de l'extraction d'urgence. Il est nécessaire au préalable de s'entendre sur le sens de ce terme. Nous rappellerons simplement cette définition de Lecène : « Le phlegmon circonscrit, c'est l'inflammation suppurative, circonscrite,

bien limitée, du tissu cellulaire sous cutané ». L'ostéo-phlegmon est donc réalisé lorsque la suppuration ayant franchi le périoste, le tissu cellulaire sous-cutanéo-muqueux réagit à son tour en formant phlegmon. Une fois constitué, il est difficile d'admettre, comme certains le prétendent, qu'il puisse se résorber.

Ces notions rappelées, nous ferons à l'extraction d'urgence dans les ostéo-phlegmons les deux réserves suivantes : lorsqu'il s'agit d'une mono-radiculaire (canine en particulier) et que les lésions osseuses sont minimes (vérifier par la radiographie), on peut, dans certains cas admettre le traitement conservateur : simple incision de l'abcès, curetage péri-apical ultérieur (sous la réserve que le sujet ne soit pas un taré).

Il est parfois nécessaire de compléter l'extraction (avant ou après elle) par l'incision endobuccale de la collection.

c) *L'ostéite diffuse, l'ostéo-myélite, la sinusite maxillaire (d'origine dentaire)* relèvent d'un traitement plus complexe; l'extraction d'urgence de la dent causale est le premier temps.

d) *Le plegmon diffus, la septicémie* sont exceptionnels. L'extraction immédiate n'est que le prélude d'un traitement local et général intensif.

e) *L'adénite avec péri-adénite* ne commande l'extraction d'urgence que si la péri-adénite est particulièrement intense au point qu'il est impossible d'affirmer ou d'écarter le diagnostic d'ostéo-phlegmon.

f) L'adéno-phlegmon ou péri-adénite suppurée nécessite l'extraction d'urgence de la dent complétée par un drainage filiforme.

2°) *Denture temporaire*

S'il est bon de rappeler qu'il faut être avare d'extraction chez l'enfant, il faut se méfier de l'ostéo-périostite chez les jeunes du fait de la présence des germes des dents permanentes et que le maxillaire est en plein travail de croissance. Dès que la tuméfaction osseuse, l'atteinte de l'état général font craindre la diffusion de l'infection il faut procéder à l'extraction d'urgence.

II. — Accidents d'évolution

Nous ne retiendrons que ceux de la dent de sagesse. Les autres sont plus rares, et on peut le dire, ne doivent jamais se traiter par l'extraction.

Pour la dent de sagesse nous insisterons sur ce point que la dénomination « accidents d'évolution » élimine les complications liées à la carie dentaire qui sont justiciables des directives thérapeutiques énoncées plus haut. C'est dire, suivant l'opinion défendue par M. Chompret et sur laquelle nous reviendrons, que nous nous trouverons dans ce cas, très exceptionnellement, en présence d'accidents osseux. Nous envisagerons successivement les accidents lorsque la dent est en position anormale et ceux qui compliquent l'évolution d'une dent de sagesse en position normale sur l'arcade.

1°) *Dent de sagesse en position anormale*

Quel que soit le degré des accidents, il y a intérêt à intervenir immédiatement, d'autant plus vite que les lésions seront plus accentuées. Cela même s'il s'agit d'une simple péricoronarite suppurée car on ne peut prévoir l'évolution des accidents. Cependant, en présence d'une péricoronarite suppurée ou d'accidents muqueux évoluant depuis peu, surtout s'il s'agit d'une première poussée, il faut essayer d'opérer à froid. De même si le malade vient consulter alors que les accidents sont en décroissance. Dans ces cas, un traitement médical sera mis en œuvre pour hâter le refroidissement des lésions.

En l'absence d'amélioration, à plus forte raison en cas d'aggravation, il ne faut pas perdre de temps et extraire immédiatement la dent causale.

2°) *Dent de sagesse en position normale ou subnormale sur l'arcade*

Le plus souvent il s'agit d'accidents muqueux et alors le décapuchonnage suffira. Il est cependant des cas où la situation de la dent sur l'arcade, en dedans de la branche montante, nécessite l'extraction bien que la surface occlusale soit orientée convenablement. Le décapuchonnage nécessiterait un sacrifice trop étendu des tissus mous et resterait imparfait. L'absence d'antagoniste est un argument de plus en faveur de l'extraction. Plus rarement, les accidents seront cellulaires ou

nerveux, auquel cas il faudra recourir à l'extraction immédiate.

Nous n'avons pas jusque-là insisté sur la nécessité et les difficultés du diagnostic précis de la dent causale. Il faudra, pour éviter les erreurs, procéder avec méthode, sans négliger aucun des renseignements que peuvent fournir l'interrogatoire et l'examen. La radiographie est souvent nécessaire. Elle est indispensable pour une extraction de racines ou de dent de sagesse. Se lancer à l'aveugle dans une pareille intervention exposerait l'opérateur à des mécomptes et le patient à des complications.

Chapitre IV

TECHNIQUE DE L'EXTRACTION DENTAIRE DANS LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES AIGUES PERIDENTAIRES

La technique que nous allons décrire est utilisée par M. Chompret depuis plus de vingt ans : c'est dire qu'elle a fait ses preuves.

Exposons d'abord quelques principes essentiels :

— Il s'agit d'une véritable petite intervention : elle doit donc être conduite comme telle.

— Sans exagérer l'importance de la technique nous devons bien reconnaître qu'elle exige une certaine pratique que n'ont pas toujours ceux qui exécutent l'extraction.

— Il faut avoir du temps devant soi pour conserver sa liberté d'esprit et d'action.

Le premier temps de toute intervention proprement dite est la mise en confiance du malade. Celui-ci est dé-

primé par la fièvre, la douleur et les nuits d'insomnie. Il faut le prévenir de ce qui va lui être fait, l'assurer qu'il ne souffrira pas et tout mettre en œuvre pour cela, avec grande douceur.

Un premier nettoyage de la cavité buccale est réalisé avec des tampons de coton ou de gaze et de l'eau oxygénée qui désagrège les matières organiques. L'écouvillonnage terminé, un tampon imbibé d'eau oxygénée est laissé au contact de la région sur laquelle on doit intervenir.

S'il existe un trismus serré, gênant le simple examen, un ouvre-bouche est mis en place du côté opposé à celui sur lequel on doit intervenir. Il prend point d'appui sur des dents saines et solides. Manié doucement et progressivement, avec arrêt dès qu'apparaît la douleur, il permet d'obtenir facilement et rapidement, sans grande souffrance pour le patient, un écartement suffisant des deux arcades.

L'anesthésie locale est alors pratiquée. Il est des cas où celle obtenue par un jet de chlorure d'éthyle est suffisante. Ainsi, chez l'enfant, pour une dent temporaire mobile, à racines résorbées.

Sinon, et c'est le cas le plus fréquent il faut avoir recours à l'injection intra-gingivale. Pour cela deux seringues ont été préparées, contenant chacune 1 cm^3 de solution de novocaïne adrénalinée à 2 % ou de butelline. L'anesthésie est commencée en tissu sain, du côté lingual, par exemple, si la tuméfaction est vestibulaire.

A chaque nouvelle piqûre il est indispensable d'aseptiser l'aiguille, soit par immersion dans l'eau bouillante ou, plus superficiellement, à l'aide d'eau oxygénée. L'anesthésie est poursuivie en ayant soin de rester à la périphérie des lésions qui seront complètement circonscrites.

En général 1 cm^3 à 2 cm^3 suffisent à assurer une anesthésie excellente.

Nous ne voyons pas d'avantage à l'anesthésie régionale. Nous trouvons qu'il y a des inconvénients et des dangers à utiliser l'anesthésie générale. Quant aux dangers de l'anesthésie locale nous ne les avons jamais rencontrés et nous en avons parlé plus haut. Bien entendu il faut une anesthésie faite dans les conditions que nous avons précisées.

Lorsque l'anesthésie est terminée, en général les premières manœuvres de l'extraction peuvent êtres commencées. Il est des cas, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une dent de sagesse, où la radiographie doit être sous les yeux de l'opérateur. Elle assure la sécurité et la rapidité des manœuvres.

Si la dent et les racines sont recouvertes par un bourrelet muqueux il est nécessaire d'inciser ou même de réséquer les parties molles pour bien suivre les contours de la dent ou de la racine.

Nous ne saurions en effet assez insister sur cette nécessité de voir clair d'une part en tamponnant après la résection de la muqueuse pour faire la syndesmotomie, d'autre part en s'aidant d'une source d'éclairage telle

que le miroir de Clark. Le bistouri diathermique rend service puisqu'il réalise facilement la section sans hémorragie.

La syndesmotomie doit être exécutée systématiquement et à fond : du côté mésial et distal surtout. Lorsqu'il s'agit d'une dent de sagesse il faut insister sur la section du ligament du côté distal (l'insertion du sac péricoronaire est très puissante à ce niveau).

Souvent dans ces cas d'infection d'origine dentaire où le ligament souffre depuis longtemps, c'est le syndesmotome qui enlève la dent ou, plus exactement, la dent s'énuclée en quelque sorte dès la syndesmotomie achevée. Le syndesmotome ne doit, en aucun cas, être manié comme un élévateur.

Si la dent n'est pas énucléée, il faut distinguer différents cas suivant qu'il s'agit de dents de sagesse inférieures ou d'autres dents.

Pour ces dernières on peut recourir pour l'extraction aux daviers appropriés ou à l'élévateur droit. Quelquefois même le pied-de-biche permettra une intervention plus facile.

Pour la dent de sagesse inférieure, il ne faut pas recourir au davier par crainte de s'exposer à des mécomptes : c'est l'élévateur droit qui est le procédé de choix. Placé du côté mésial, il pénètre dans l'alvéole et prend point d'appui sur la ligne oblique externe. La dent est en quelque sorte déroulée.

Nous avons jusqu'ici volontairement négligé certains

cas de dents de sagesse enclavées, de racines malformées ou incluses qui nécessitent l'extraction chirurgicale. Lorsqu'elle est nécessaire elle doit toujours être exécutée avec beaucoup de prudence. C'est alors qu'il ne faut pas oublier le milieu infecté dans lequel on travaille. Il faut traumatiser le moins possible et savoir s'arrêter plutôt que d'enlever coûte que coûte la dent ou un apex fracturé au cours de l'extraction (surtout lorsqu'il s'agit d'accidents d'évolution, c'est-à-dire avec des racines non infectées).

Après l'extraction, parfois avant, il est nécessaire d'inciser la collection. L'incision se fera par voie buccale s'il s'agit d'ostéo-phlegmon ou d'abcès buccinato-maxillaire. Dans le cas d'adéno-phlegmon un drainage filiforme sera réalisé au centre de la fluctuation, l'un des deux orifices se trouvant au point le plus déclive.

Enfin un bon lavage termine l'intervention : il est fait avec la seringue et de l'eau très chaude mélangée d'eau oxygénée. Il doit déterger la plaie d'extraction et la cavité de l'abcès.

Lorsque le malade sort, il est prévenu que :

a) la douleur disparaît en général très vite;

b) le soir ou le lendemain le trismus peut s'accentuer mais de façon passagère (surtout s'il s'agit d'une dent de sagesse inférieure) ainsi que la tuméfaction.

Il faudra lui remettre une ordonnance ainsi conçue :

1°) Lavages de bouche toutes les deux ou trois

heures à l'aide d'un bock disposé à 50 cm. au-dessus de la tête du patient et d'une canule à injection.

Le bock contiendra deux litres d'eau bouillie la plus chaude possible dans laquelle on aura mis un verre d'eau oxygénée et une pincée de sel de cuisine.

2°) En dehors des lavages, surtout après les repas, savonnage des dents comme à l'ordinaire.

3°) En cas de persistance ou d'aggravation de la douleur, prendre 1 ou 2 comprimés d'asciatine ou d'allonal.

4°) Alimentation liquide le soir de l'intervention.

5°) Le lendemain purgation si la température est tombée.

Dans les jours qui suivront il sera prudent de revoir le patient pour lui faire à nouveau des lavages à la seringue.

Chapitre V

OBSERVATIONS

Observation 1

Périapexite suppurée, fistulée à la gencive, consécutive à une arthrite apicale suppurée de d⁶. Adémite sous-maxillaire avec péri-adémite. Evolution depuis un mois après refus d'extraction par dentiste. Guérison huit jours après extraction.

Colette D..., 11 ans.

Début le 15 mai 1929 : abcès vestibulaire avec adénopathie sous-maxillaire due à une carie de d⁶. Le dentiste, consulté, refuse d'extraire la dent et conseille d'attendre.

10 juin : tuméfaction de la joue droite avec douleurs.

15 juin : trismus.

16 juin : examen. Tuméfaction de l'hémi-face droite et sous-maxillaire, dure, douloureuse à la palpation, adénite et péri-adénite sous-maxillaires. Trismus serré.

Tuméfaction vestibulaire douloureuse avec issue de

pus sous la gencive en regard de d⁶. Dent mobile, douloureuse à la percussion.

Extraction : trismus difficile à vaincre à l'ouvre-bouche. Anesthésie massitérine et locale (vestibulaire).

Le lendemain, aussitôt après l'extraction, en rentrant chez elle la malade se sentait soulagée. Amélioration nette : la tuméfaction vestibulaire et l'adénite diminuent.

23 juin : guérison.

Observation 2

Péri-apexite de d⁷. Volumineuse fluxion, adénite et péri-adénite. Evolution depuis 8 jours. Refus d'extraction par un dentiste. Guérison 8 jours après extraction.

Mme T... 28 ans, journalière.

Début le 7 juin : douleurs spontanées nocturnes et à la mastication dues à d⁷. Un dentiste refuse d'extraire la dent à cause d'un abcès vestibulaire; il prescrit des bains de bouche.

12 juin : fluxion de la joue droite avec trismus, dysphagie, disparition des douleurs.

15 juin : examen. Tuméfaction cervico-faciale surtout des régions angulo-maxillaire, sous-maxillaire et sous-mentale, faisant corps avec l'os. Peau rouge, chaude, douloureuse dans la région du cou.

Trismus. Vestibule inférieur droit non douloureux à la palpation, mais empâté en regard de d⁷ (carie avec gangrène pulpaire). Extraction.

16 juin : la malade ne souffre pas. 17 juin : bon

état général, diminution de la tuméfaction de la face et du vestibule.

19 juin : aucune modification. Le 21 la tuméfaction disparaît.

23 juin : guérison.

Observation 3

Péri-apexite suppurée g^6 g^7. Evolution depuis 6 jours. Guérison 4 jours après extraction suivie d'évacuation de pus par l'alvéole.

Eug. C... 28 ans. Début le 18 juin par douleurs continues. 22 juin : fluxion de la joue gauche, les douleurs cessent, le lendemain trismus.

24 juin : examen. Tuméfaction cervico-faciale gauche et sous maxillaire. Peau rouge, douloureuse, adhérant à l'os avec un point fluctuant. Douleur à l'angle.

Trismus serré. Tuméfaction vestibulaire en regard de g^7 (carie et gangrène pulpaire). Il sort du pus sous la gencive g^6 à l'état de racine; carie simple de g^5. Température 38° 4.

Extraction de g^6 et g^7. Anesthésie locale. Le syndesmotome fait sortir un flot de pus. Extraction facile : la tuméfaction s'étant affaissée, pas d'incision.

26 juin : soulagement immédiat après extraction. Le malade a dormi, ne souffre plus. Diminution du trismus. Tuméfaction imperceptible.

28 juin : guérison.

Observation 4

Péri-apexite suppurée g^8. Guérison 8 jours après extraction.

Th. D... 20 ans.

Le 30 juin 1929, début : douleurs violentes, spontanées et irradiées vers l'oreille. Dysphagie, insomnie.

4 juillet : augmentation des douleurs, la malade s'alite.

5 juillet : examen : Tuméfaction faciale volumineuse surtout à l'angle et partie postérieure de la mandibule dont la base est épaissie. Trismus serré. Carie de g^8 avec gangrène pulpaire. Tuméfaction vestibulaire.

Extraction de g^8 sous anesthésie locale. Un flot de pus sort de l'alvéole.

6 juillet : soulagement immédiat après l'extraction. La malade a pu dormir et manger. Diminution du trismus et de la tuméfaction.

Le 13 juillet : guérison.

Observation 5

Péri-apexite de g^8 évoluant depuis 8 jours avec température : 38°,4. Guérison 8 jours après extraction.

Simone D... 5 ans. Le 6 juillet 1929 douleurs et fluxion de l'hémi-face inférieure gauche.

7 juillet : augmentation des douleurs, insomnie, dysphagie et inappétence. Trismus serré. Température 38° 4.

9 juillet : examen. Tuméfaction de la face et du vestibule inférieur gauche en regard de la deuxième molaire temporaire (carie avec gangrène pulpaire). Extraction sous anesthésie locale.

10 juillet : soulagement immédiat après extraction. L'enfant a pu manger et dormir. Diminution de la tuméfaction.

L'état s'améliore pendant les 8 jours suivants. Le 17 : guérison.

Observation 6

Péri-apexie de g[s]*. Evolution depuis* 12 *jours. Guérison en* 10 *jours.*

Paulette B... 7 ans.

Début le 1[er] juillet 1929 : fluxion de la joue gauche et douleurs. Le 11 juillet les symptômes augmentent; insomnie, dysphagie, trismus.

Le 12 juillet : examen. Tuméfaction de l'hémi-face gauche volumineuse, dure, adhérente à l'os. Peau rosée. Douleur à l'angle. Trismus serré. Carie avec gangrène pulpaire de g[s]. Tuméfaction vestibulaire. Extraction avec ouvre-bouche au syndesmotome et au davier. Anesthésie locale.

Le 17 juillet : amélioration très nette. Plus de tuméfaction mais peau rouge et tendue en un point. Vestibule encore empâté.

22 juillet : un peu d'épaississement du bord inférieur de la mandibule. Guérison.

Observation 7

Poussée aiguë de péri-apexite de g^4 sur une lésion chronique. Evolution depuis 6 jours. Guérison en 7 jours.

Mme V... R... 26 ans.

1er juillet : début par douleurs et fluxion de la joue gauche. Insomnie, dysphagie et trismus.

6 juillet : examen. Etat général fatigué, fébrile. Tuméfaction de l'hémi-face inférieure gauche déformant la lèvre, s'étendant à la paupière inférieure et sous le maxillaire inférieur. Peau rouge, douloureuse à la palpation. Céphalées, douleurs irradiées à l'oreille. Trismus serré. Carie de g^4 avec gangrène pulpaire. Tuméfaction du vestibule et du plancher de la bouche. Carie de g^5 avec gangrène pulpaire.

Extraction de g^4 sous anesthésie locale au syndesmotome et au davier. Apex résorbé. Par précaution extraction de g^5.

11 juillet : diminution du trismus, de la tuméfaction. Disparition de l'insomnie et de la dysphagie.

13 juillet : guérison.

Observation 8

Péri-apexite, due à d^5, évolution depuis 8 jours. Refus d'extraction par dentiste. Guérison en 2 jours.

Mme C... 21 ans.

3 juillet 1929 : début par douleurs violentes à l'hé-

mi-face droite. Insomnie. Dysphagie. Un dentiste, consulté, refuse d'extraire la dent incriminée et lui conseille d'aller à l'hôpital.

11 juillet : examen. Tuméfaction de l'hémiface inférieure droite. Peau rosée, infiltrée, adhérente à l'os. Douleur à l'angle. Adénites sous-maxillaires. Douleurs spontanées irradiées vers l'oreille. Carie de d^6 avec gangrène pulpaire. d^5 en évolution est presque entièrement recouvert d'un capuchon muqueux. Vestibule empâté et léger œdème du plancher de la bouche.

Extraction de d^6 sous anesthésie locale.

Soulagement immédiat après l'extraction et disparition des douleurs.

13 juillet : guérison.

Observation 9

Péri-apexite (g^4 *et* g^5) *et ostéo-périostite. Evolution depuis plusieurs mois. Guérison* 10 *jours après extraction.*

Raymond B... 6 ans 1/2.

Début il y a longtemps par douleurs de la région molaire inférieure gauche avec insomnie et dysphagie.

21 septembre 1929 : fluxion de la joue gauche, cessation des douleurs, de la dysphagie et de l'insomnie.

24 septembre : examen. Tuméfaction cervico-faciale inférieure et sous-maxillaire du côté gauche, douloureuse, adhérente à l'os. Base du maxillaire épaissie. De ses molaires de lait inférieures gauches la première est

à l'état de racines; la deuxième est mortifiée et gangrenée. Tuméfaction vestibulaire.

Extraction des deux dents malades.

Le 25 septembre : l'enfant est soulagé, a pu dormir et manger.

3 octobre : guérison.

Observation 10

Péri-apexite suppurée (g^5). *Evacuation spontanée du pus par l'alvéole deux jours après l'extraction. Guérison en trois semaines.*

Mme G... C. 24 ans.

Précédemment nombreuses poussées douloureuses d'origine dentaire.

18 septembre : fluxion de la joue gauche avec douleurs, dysphagie, insomnie rebelle aux médicaments hypnotiques.

25 septembre : examen. Tuméfaction de l'hémi-face et du cou du côté gauche, surtout à l'angle. Peau rosée, infiltrée. Douleur à l'angle.

Trismus serré. Carie de g^5 (gangrène pulpaire) mobile, douloureuse au choc. Tuméfaction vestibulaire. Température 37° 8.

Extraction facile de g^5 au syndesmotome, sous anesthésie locale.

26 septembre : le trismus, les douleurs, l'insomnie persistent; la tuméfaction a augmenté. Infiltration du plancher et de l'amygdale. Bains de bouche.

27 septembre : évacuation spontanée d'un flot de pus par l'alvéole de g^7. La malade est soulagée, a pu dormir, ne souffre plus. Guérison trois semaines après.

Observation 11

Péri-apexite (g^5). *Température* 38° 2. *Guérison* 4 *jours après extraction.*

L. D... 9 ans.

Un mois auparavant tuméfaction et abcès qui s'est ouvert spontanément à droite.

A gauche, début le 1er septembre 1929 par première poussée avec fluxion.

15 septembre : deuxième poussée : fluxion, douleurs, trismus, dysphagie. Température 38° 2 à 38° 4.

3 octobre : examen. Tuméfaction de l'hémi-face inférieure gauche. Téguments rosés. Plus de trismus. Carie avec gangrène pulpaire de la deuxième molaire temporaire inférieure gauche. Tuméfaction vestibulaire.

Extraction de la dent au davier, sous anesthésie locale.

4 octobre : soulagement, disparition des douleurs après l'extraction.

5 octobre : guérison.

Observation 12

Ostéopériostite, péri-apexite suppurée (g^6). *Evolution depuis* 10 *jours. Guérison en* 8 *jours.*

Em. L.... 25 ans.

LAVAL UNIVERSITY

23 septembre 1929 : début le soir par douleurs avec insomnie.

24 septembre : fluxion de la joue gauche.

2 octobre : examen. Disparition des douleurs et de l'insomnie. Reste un peu de dysphagie. Tuméfaction de l'hémi-face gauche adhérente à l'os. Adénopathie sous-maxillaire, tuméfaction du vestibule, en regard de g^5 et g^6 cariées (gangrène pulpaire). g^5 est mobile, douloureuse à la percussion.

Extraction de g^6 au davier, sous anesthésie locale. Evacuation d'un flot de pus par l'alvéole.

3 octobre : amélioration. Plus de trismus. Le malade peut dormir et manger.

5 octobre : disparition des douleurs.

10 octobre : guérison.

Observation 13

Péri-apexite suppurée (g^7) *fistulisée sur la table interne. Evolution depuis* 8 *jours. Guérison* 6 *jours après extraction.*

F... L. 32 ans.

Début 25 septembre 1929 par de violentes douleurs dans la région molaire inférieure gauche. Pendant les 8 jours suivants, insomnie, dysphagie : alimentation liquide.

2 octobre : examen. Tuméfaction faciale et surtout sous-maxillaire du côté gauche.

Trismus serré; carie de g^7 qui est mobile, doulou-

reuse à la percussion. Le plancher de la bouche est tuméfié et infiltré. Sur la gencive, du côté lingual, orifice de fistule par lequel s'écoule du pus.

Extraction de g^7 sous anesthésie locale, au syndesmotome et au davier.

3 octobre : amélioration très nette. Diminution du trismus. Le malade qui ne dormait pas depuis huit jours, a retrouvé le sommeil. Son état s'améliore progressivement jusqu'au 8 octobre où il revient guéri.

Observation 14

Péri-apexite suppurée (G^5, G^4, G^6). *Guérison* 11 *jours après extraction.*

Georges J... 27 ans, infirmier.

3 octobre 1929 : début par fluxion de la joue gauche avec trismus, dysphagie, insomnie, fièvre.

5 octobre : examen. Tuméfaction de l'hémi-face gauche (région malaire et sous-malaire) s'étendant à la paupière inférieure et au nez, adhérente au plan osseux. Peau rosée avec sueurs. Facis fébrile. Température 37° 8.

Tuméfaction vestibulaire surtout vers G^5 (carie avec gangrène pulpaire; G^4 (carie avec gangrène pulpaire), orifice de fistule en regard; G^6 à l'état de racines.

Extraction de G^5 sous anesthésie locale au syndesmotome et davier.

9 octobre : léger soulagement; diminution des dou-

leurs mais persistance de la tuméfaction vestibulaire. Température 37° 9.

Extraction de G^4 et G^4.

12 octobre : légère recrudescence des symptômes inflammatoires puis sédation en deux jours.

16 octobre : guérison.

Observation 15

Péri-apexite suppurée (G^2). *Evolution depuis quatre jours. Guérison en quatre jours après extraction.*

M. F... 33 ans.

10 octobre 1929 : début par douleurs violentes (région incisive supérieure gauche). Fluxion, dans la nuit du 10 au 11 octobre; elle augmente puis diminue rapidement.

12 octobre : les douleurs persistent. Légère tuméfaction de la lèvre supérieure gauche, du sillon et de l'aile du nez. Tuméfaction vestibulaire en regard de de G^2 (carie avec gangrène pulpaire). Le malade refuse nettement l'extraction immédiate de la dent.

14 octobre : il n'a pas dormi; les douleurs ont augmenté. Température 38° 5. La tuméfaction augmente, gagne la paupière inférieure gauche. Extraction de G^2 au davier sous anesthésie locale.

15 octobre : diminution des douleurs et de la tuméfaction. Le malade a dormi. Température 38°.

Les jours suivants lavages de bouche.

16 octobre : température 37° 7.

17 octobre : température 37° 2.

18 octobre : température normale, guérison.

Observation 16

Périapexite (d^6) *et ostéopériostite. Guérison en six jours.*

Edmond B..., 11 ans.

9 octobre 1929 : début par douleurs et fluxion de la joue droite. Précédemment, au même endroit, accidents répétés avec douleurs et fluxion.

10 octobre : examen. Tuméfaction de l'hémiface inférieure droite de l'angle et de la région sous-maxillaire, adhérente à l'os; peau rosée. Trismus.

Carie de d^6 (gangrène pulpaire), la dent est mobile, la percussion douloureuse.

Tuméfaction vestibulaire douloureuse en regard de d^6.

Extraction laborieuse de d^6 : anesthésie médiocre; les racines, bien implantées, sont séparées et extraites à l'élévateur.

11 octobre : l'enfant a été soulagé après l'extraction et a dormi.

La fluxion a peu diminué; les douleurs ont disparu.

Les jours suivants lavages de bouche. Amélioration progressive.

15 octobre : guérison.

Observation 17

Périapexite suppurée (D^6). *Evolution depuis huit jours. Guérison en huit jours.*

Jean M..., 7 ans et demi.

5 octobre 1929 : début par douleurs violentes dans la région de D^6 qui a déjà provoqué des accidents infectieux à répétition.

10 octobre : fluxion de la joue droite et accroissement des douleurs, dysphagie, insomnie.

12 octobre : examen : tuméfaction de la joue droite et sous le maxillaire; peau rosée.

Carie de D^6 (gangrène pulpaire) avec arthrite.

Tuméfaction palatine du volume d'une noix en regard de D^6; muqueuses congestionnées et infiltrées.

On parvient avec quelque peine à persuader l'enfant de se soumettre à l'extraction faite au davier. Par l'expression de l'abcès palatin on évacue le pus qui coule par l'alvéole.

14 octobre : amélioration : l'enfant a été soulagé après l'extraction et il a dormi. La tuméfaction a diminué.

La collection palatine diminue de façon progressive.

19 octobre : guérison.

Observation 18

Périapexite suppurée (G^2). *Extraction. Pas de soins post-opératoires. Guérison en trois semaines.*

A. B..., 53 ans.

5 octobre 1929 : début par douleurs, région de G^2; insomnie, dysphagie.

16 octobre : volumineuse fluxion de la lèvre supérieure gauche et des paupières.

19 octobre : examen : la fluxion a diminué; l'œil est ouvert; la lèvre est très tuméfiée; plus de douleurs spontanées. Tuméfaction vestibulaire avec point sensible au-dessus de G^2 à l'état de racines; carie de G^4 (gangrène pulpaire). Extraction de G^2 et G^4 au syndesmotome; écoulement de pus par l'alvéole de G^2.

Le malade néglige les soins post-opératoires; quinze jours après l'extraction disparition des douleurs; guérison trois semaines après.

Observation 19

Périapexite suppurée (D^6). *Extraction. Guérison en quatre jours.*

Jeanne G..., 15 ans, domestique.

13 octobre : début : violentes douleurs du côté droit, trismus, dysphagie, insomnie. Puis fluxion de la joue droite.

16 octobre : examen : fatigue générale, état fébrile. Température 38° 6. Grosse tuméfaction de la joue droite. Peau rouge, chaude, indurée. Trismus moyen.

Carie de D^6 (gangrène pulpaire) mobile, douloureuse à la percussion. Collection fluctuante vestibulaire.

Extraction de D^6 sous anesthésie locale, au davier.

Evacuation du pus collecté par l'alvéole.

Soulagement après l'extraction. Température 37° 8; la malade a dormi.

17 octobre : amélioration; diminution de la fluxion. Température 37° 6.

18 octobre : température 37°. Plus de fluxion. Légère tuméfaction vestibulaire.

20 octobre : guérison.

Observation 20

Périapexite G^5 en évolution depuis quatre jours. Extraction; guérison en cinq jours.

Mme G., 40 ans.

21 octobre 1929 : début par douleurs autour de G^5.

23 octobre : fluxion de la joue gauche; sédation des douleurs.

25 octobre : examen : tuméfaction de la joue et de la lèvre supérieure gauches. Tuméfaction vestibulaire au-dessus de G^5 (carie avec gangrène pulpaire et arthrite). Extraction facile sous anesthésie locale.

26 octobre : température 37° 9; les douleurs et la tuméfaction ont diminué.

27 octobre : température 37° 5, 37° 2.

28 octobre : 37° 8, 37° 6.

29 octobre : amélioration; fluxion imperceptible.

30 octobre : guérison.

Observation 21

Périapexite suppurée G^3 *en évolution depuis vingt jours. Extraction; guérison en quatre jours.*

M. H..., 23 ans.

18 septembre 1929 : début par douleurs violentes avec insomnie.

30 septembre : apparition d'une fluxion qui grossit rapidement.

4 octobre : examen. Volumineuse fluxion de la joue gauche, paupière inférieure, sillon naso-génien et lèvre supérieure. Peau rosée. Point douloureux sur la bosse canine. Tuméfaction vestibulaire du volume d'une grosse noix au-dessus de G^3 (carie avec gangrène pulpaire et arthrite).

Extraction de G^3 : l'expression de l'abcès vestibulaire fait couler le pus par l'alvéole.

7 octobre : amélioration plus nette que les jours précédents. Plus de tuméfaction.

8 octobre : guérison.

Observation 22

Ostéo-périostite du maxillaire inférieur (G^4, G^5) *en évolution depuis six jours. Extractions. Guérison en huit jours.*

Paulette C..., 5 ans.

26 septembre : début : douleurs et fluxion de la joue gauche.

30 septembre : examen. Tuméfaction cervico-faciale du côté gauche. Pas de trismus. Carrie des molaires temporaires inférieures gauches (gangrène pulpaire). Tuméfaction vestibulaire en regard de ces dents : extractions sous anesthésie locale.

1er octobre : soulagement immédiat après extractions : l'enfant a pu dormir et manger; la fluxion a diminué.

17 octobre : guérison.

Observation 23

Ostéo-phlegmon (D^6). Extraction de D^6 insuffisante. Incision de l'abcès cinq jours après; guérison en dix jours.

Marcelle J..., 18 ans.

8 octobre 1929 : début : douleurs, insomnie et dysphagie. La malade s'alite.

9 octobre : au réveil, volumineuse fluxion.

10 octobre : extraction de D^6 faite par le dentiste sous anesthésie locale; écoulement de pus par l'alvéole.

Puis les symptômes infectieux persistent; la fluxion seule a diminué.

15 octobre : elle vient à l'hôpital. Volumineux phlegmon de la région malaire, douloureux et fluctuant au palper. Adénopathie rétro-angulaire.

Du pus s'écoule de l'alvéole de D^6; tuméfaction vestibulaire remontant vers le malaire, adhérente à l'os.

Incision et ouverture à la sonde cannelée de la collection vestibulaire sous-périostée d'où s'écoule du pus en abondance. Température 38° 4, 38°.

16 octobre : température 37° 5.

17 octobre : 37° 5.

Il se produit des alternatives d'aggravation ou d'amélioration suivant que se ferment ou se rouvrent les lèvres de la plaie d'incision.

Le 25 octobre : guérison.

Observation 24

communiquée par le Docteur Landais

Mortification pulpaire de G^2. *Granulome suppuré. Ostéopériostite. Extraction de* G^2. *Guérison.*

Début en 1927 par poussée d'arthrite sur G^2; nouvelle poussée en mars 1928 après une grippe. On lui fait des pointes de feu sur la gencive. Le lendemain, fluxion de la région naso-génienne de la lèvre et de la paupière inférieure. Tuméfaction vestibulaire allant de G^1 à G^5. Incision de la collection : sédation des douleurs mais persistance de la suppuration pendant quinze jours. En février 1929, nouvelle poussée douloureuse avec tuméfaction : incision et guérison.

Examen en septembre 1929 : G^2 et G^5 semblent mortifiées. La trépanation de la dent et un pansement antiseptique provoquent une nouvelle poussée de fluxion. Température 38°.

20 septembre : extraction de G^2 suivie d'écoulement de pus par l'alvéole.

22 septembre : les douleurs persistent. Température 38°.

23 septembre : incision d'une collection vestibulaire, en regard de G^2, qui évacue du pus.

24 septembre : amélioration. Plaie alvéolaire en voie de cicatrisation.

Ce cas présentait un caractère particulier, les mortifications pulpaires s'étant faites sans carie, par voie sanguine sur un terrain spécial : la malade était hémogénique.

Observation 25

Ostéo-phlegmon dû à g^6. Extraction. Incision de l'abcès le lendemain. Guérison en neuf jours.

M. R..., 16 ans.

Début par poussées douloureuses à répétition dans la région de g^6.

18 octobre : fluxion; le 22, les douleurs augmentent, accompagnées d'insomnie, de fièvre, inappétence.

25 octobre : examen. Etat général médiocre : une ostéo-arthrite du genou est soignée par le Docteur Mouchet. Température 37° 9.

Grose tuméfaction de la joue gauche, adhérente à l'os.

Tuméfaction vestibulaire, douloureuse en regard de g^6 cariée (gangrène pulpaire).

Extraction : anesthésie locale médiocre.

26 octobre : la douleur et la tuméfaction ont augmenté. Insomnie. Température 39° 1. Incision de la collection vestibulaire suivie de l'issue d'un peu de pus.

28 octobre : température 37° 8. Soulagement immédiat après l'incision; le malade a bien dormi.

29 octobre : diminution de la tuméfaction. Température 37° 5.

30 octobre : disparition des symptômes infectieux locaux : la température élevée serait due à l'arthrite du genou.

Observation 26

Ostéophlegmon évoluant depuis huit jours (d^8). *Extraction de* d^8. *Envoyé en chirurgie pour adéno-phlegmon : ouverture spontanée. Persistance d'un foyer d'ostéite avec fistule; curetage : guérison.*

Marcel D..., 36 ans.

15 juillet 1929 : début par fluxion, douleurs, insomnie. Température 38° à 38° 5. Aggravation les jours suivants.

17 juillet : un dentiste fait des pointes de feu sur la gencive autour de d^8 : aucune amélioration.

22 juillet : examen. Tuméfaction volumineuse de l'hémi-face droite, surtout angulo-maxillaire, adhérente à l'os. Adénite et périadénite sous-maxillaire; peau rosée douloureuse.

En regard de d^8 (carie du collet avec gangrène pulpaire), collection fluctuante dans le vestibule.

Température, 8 heures : 39° 4.

Température, 20 heures : 39°.

23 juillet : température 39° 1, 15 heures : 38° 5, 19 heures : 39° 1.

24 juillet : température 38° 4.

Disparition des douleurs après l'extraction. Mais la tuméfaction augmente; grosse adénite sous-angulo-maxillaire. Le malade est conduit dans un service de chirurgie où on doit inciser l'adéno-phlegmon; mais celui-ci s'ouvre spontanément et le pus est évacué. Soulagement imédiat. Température normale.

17 août : persistance d'une petite tuméfaction. Radiographie : ostéite fistulisée; le curetage amena la guérison rapide.

Observation 27

Ostéo-phlegmon consécutif à arthrite apicale suppurée de g^8 évoluant depuis dix jours. Extraction des racines de g^8 puis de g^4, g^5, g^6. Drainage filiforme. Guérison en dix-sept jours.

Mme Em. Ch..., 30 ans.

16 juin : début par douleurs dans la région de g^8 (abcès en 1928). Puis fluxion avec trismus et fièvre; sédation des douleurs.

25 juin : examen. Tuméfaction volumineuse, rouge et fluctuante de l'hémi-face inférieure droite. Douleur

à l'angle de la mâchoire. Trismus, haleine fétide, gingivite tartrique. En regard de g^8, tuméfaction vestibulaire recouverte de pus.

g^8, g^4, g^5, g^6 sont à l'état de racines. Température 38° 5. Extraction de g^8 sous anesthésie locale.

26 juin : la malade est soulagée. Extraction des racines de g^4, g^5, g^6. Drainage biliforme de l'abcès collecté à la joue.

27 juin : après l'extraction, diminution des douleurs. La malade a mangé et dormi. Tuméfaction stationnaire; suppuration abondante de pus jaunâtre.

1er juillet : la tuméfaction a presque disparu; suppuration réduite.

2 juillet : on enlève les fils de drainage.

3 juillet : plus de suppuration; le trismus s'atténue.

11 juillet : guérison.

Observation 28

Ostéo-périostite due à une arthrite apicale suppurée de g^8. Adénite sous-maxillaire. Evolution par poussées depuis deux mois. Guérison : dix jours après l'extraction.

Rachel W..., 12 ans.

Début en mai : accidents à répétition depuis deux mois.

12 juin : début de la poussée actuelle.

22 juin : examen : volumineuse tuméfaction cervico-faciale gauche, douloureuse à la palpation. Adénopathie sous-maxillaire; trismus serré.

Tuméfaction vestibulaire en regard de g^6 (carie avec gangrène pulpaire et arthrite).

Extraction à l'aide de l'ouvre-bouche, sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Quelques heures après, l'enfant est soulagé; le trismus et la tuméfaction s'atténuent rapidement.

26 juin : tuméfaction imperceptible. Légère adénopathie avec empâtement osseux.

1er juillet : guérison.

Obseravtion 29

Adéno-phlegmon consécutif à une arthrite apicale suppurée de g^5. *Evolution depuis douze jours. Extraction. Drainage filiforme insuffisant. Deux injections d'électrargol. Nécessité d'une incision large. Guérison en un mois.*

Mme M..., 26 ans.

Début en juillet 1929 d'une première poussée d'accidents infectieux graves qui rétrocèdent.

6 septembre : début d'une deuxième poussée : fluxion, trismus, insomnie, mauvais état général.

18 septembre : examen. Volumineuse tuméfaction cervico-faciale du côté gauche: téguments rouges, chauds, douloureux à la palpation. Trismus; dysphagie.

g^5 est presque à l'état de racines. Le plancher de la bouche et la gencive sont légèrement infiltrés, tuméfiés. Extraction de g^5 sous anesthésie locale à l'élévateur droit.

19 septembre : tuméfaction fluctuante un peu au-dessous et en avant de l'angle. Drainage filiforme : pas de pus. Légère amélioration jusqu'au 24 septembre.

26 septembre : deuxième drainage filiforme : écoulement de pus. Température 38° 3. Injection d'électrargol : 10 centimètres cubes.

27 septembre : la tuméfaction augmente : 10 centimètres cubes d'électrargol.

28 septembre : la malade refuse l'électrargol, trop douloureux. Les accidents infectieux prenant une allure grave elle est conduite dans le service du Professeur Lecène.

29 septembre : sous anesthésie générale, incision de la collection sous-maxillaire. Evacuation abondante de pus.

15 octobre : plus de douleurs. Légère suppuration.

17 octobre : la tuméfaction a disparu.

20 octobre : guérison.

Observation 30

Adénophlegmon dû à une périapexite chronique de d⁶. Evolution depuis huit jours. Extraction. Drainage filiforme. Guérison en dix jours.

Georgette L..., 18 ans.

10 juillet 1929 : début par une fluxion qui augmente progressivement.

18 juillet : examen. Tuméfaction sous-maxillaire (volume d'une noix) douloureuse, légèrement dépressi-

ble, n'adhérant pas au plans profonds, entourée d'une zone d'œdème diffus. Trismus en voie de régression.

d^8 est à l'état de racines (couronne fracturée au cours d'une tentative d'extraction un an auparavant). Dent de sagesse en évolution sans accidents.

Extractions des racines de d^8 sous anesthésie locale à l'élévateur droit.

20 juillet : point fluctuant au centre de la tuméfaction : drainage filiforme qui favorise l'écoulement du pus.

Le 29 juilet : la suppuration est tarie.

Observation 31

Adéno-phlegmon consécutif à une arthrite apicale suppurée de d^8 (*racines de* d^8 *et* d^7) *chez une femme enceinte de huit mois. Evolution depuis vingt jours. Extractions le 6 juillet. Drainage filiforme le* 8. *Le* 16, *incision d'un abcès sous-maxillaire. Guérison en vingt jours.*

Mme S..., 26 ans.

Au début de mai 1929 accidents aigus, avec fluxion, dûs à lésion péri-apicale de D^4.

Le 15 juin : nouvelle fluxion de la joue droite, au niveau des molaires inférieures. La malade étant au huitième mois de sa grossesse le dentiste refuse l'extraction des dents infectées.

Le 6 juillet : vient à l'hôpital : volumineuse tuméfaction cervico-faciale droite, très étendue. Téguments

rouges, enflammés. Grosse adénopathie sous-maxillaire. Hypoesthésie mentonnière. Trismus serré. d^6, d^7 à l'état de racines. Carie de d^8 (gangrène pulpaire et arthrite). Tuméfaction vestibulaire. Extraction sous anesthésie locale et à l'aide de l'ouvre-bouche de d^6, d^7, d^8. La malade quitte l'hôpital soulagée.

7 juillet : elle a dormi; plus d'hypoesthésie du menton.

8 juillet : drainage filiforme, à la hauteur de l'angle; évacuation de pus.

16 juillet : incision d'une nouvelle collection dans une adénite sous-maxillaire.

22 juillet : les phénomènes locaux rétrocèdent rapidement.

26 juillet : la malade part guérie pour se reposer à la campagne.

Observation 32

(*communiquée par MM. Chompret et Dechaume*)

Péricoronarite suppurée de g^8. Adénite sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire, grosse péri-adénite, avec signes généraux graves, évoluant depuis six jours. Extraction; guérison en six jours.

M. L..., 27 ans, frotteur.

4 juin 1929 : début par tuméfaction, douleurs, fièvre, trismus, insomnie.

6 juin : température 38°.

7 juin : température 38° 8, 39° 5 (soir).

8 juin : examen. Tuméfaction cervico-faciale assez diffuse. Trismus. Plancher de la bouche infiltré ainsi que l'amygdale et la région rétro-molaire gauche.

g^8 à l'état de racine, g^7 (carie avec gangrène pulpaire). g^8 en évolution, à moitié encapuchonnée (écoulement de pus).

Extraction de g^8 suivie de l'issue d'un flot de pus.

10 juin : amélioration : soulagement immédiat après l'extraction. Température : 9 juin, 39°, 38° ; 10 juin : 37° 7.

12 juin : extraction de g^6 et g^7.

14 juin : guérison.

Observation 33

Péricoronarite suppurée de d^8. Abcès buccinato-maxillaire. Propidon. Incision de l'abcès. Pas d'amélioration. Extraction de la dent de sagesse. Guérison en huit jours.

M. L..., 27 ans.

Le 5 octobre : dans la nuit, début par des douleurs vives et une tuméfaction cervico-faciale droite. Abcès vestibulaire et à la face interne de la joue; la dent de sagesse était encapuchonnée.

La fluxion a diminué mais les douleurs, le trismus, la dysphagie, l'insomnie ont augmenté.

12 octobre : le malade entre à l'hôpital, en chirurgie. Température 38° ; pansement humide, 4 centimètres cubes de Propidon.

13 octobre : incision de l'abcès et du capuchon péricoronaire. Température 37° 9, 39° 2.

14 octobre : examen à la consultation de stomatologie. Radiographie de d^8. Température 38° 5, 39° 2.

15 octobre : extraction de d^8 après resection du capuchon péri-coronaire. Température 38° 5, 38°.

16 octobre : soulagement après l'extraction; le malade a dormi. Diminution des douleurs, du trismus et de la suppuration.

Température 37° 5, 37° 2.

17 octobre : température 37° 4, 37° 2.

18 octobre : température normale.

19 octobre : le malade quitte l'hôpital. La tuméfaction a disparu.

23 octobre : guérison.

Observation 34

Péricoronarite suppurée de d^8. Abcès buccinato-maxillaire. Extraction de d^8. Incision de l'abcès. Guérison en neuf jours.

René G..., 25 ans.

Le 23 octobre 1929 : début par douleurs qui augmentent progressivement. Puis fluxion avec trismus; dysphagie, insomnie.

28 octobre : examen : tuméfaction cervico-faciale droite très étendue. Adénopathies sous-maxillaires et en arrière de l'angle. Trismus.

Carie de d^7 (gangrène pulpaire). d^8 est en évolu-

tion : le capuchon muqueux laisse sourdre du pus. Abcès buccinato-maxillaire.

Mauvais état général. Température 38° 5.

Anesthésie locale : incision de l'abcès buccinato-maxillaire; du pus sort en abondance. Extraction de d^5 après resection du capuchon muqueux. Intervention difficile (malade éthylique).

29 octobre : le malade revient transformé, soulagé imédiatement après l'extraction, il a dormi la nuit. Température 37° 4.

30 octobre : la tuméfaction a beaucoup diminué. Température 37°.

2 novembre : guérison.

Observation 35

Péricoronarite suppurée de g^5. *Abcès migrateur. Evolution depuis huit jours. Guérison dix jours après extraction et incision.*

Mme B., 27 ans.

8 juin : début par douleurs et dysphagie.

15 juin : examen. Tuméfaction cervico-faciale du côté gauche et de l'angle de la mandibule.

Les accidents ont augmenté progressivement; douleurs irradiées à l'oreille.

Extraction de g^5 et incision de l'abcès buccinato-maxillaire.

17 juin : la dysphagie, les douleurs locales ou irra-

diées ont disparu le lendemain de l'extraction; la malade a bien dormi la nuit suivante.

19 juin : amélioration progressive.

27 juin : guérison.

Observation 36

Péricoronarite suppurée de d^8. *Adénite et péri-adénite sous-angulo-maxillaire. Evolution depuis huit jours. Extraction de* d^8. *Guérison en cinq jours.*

Eugène L..., 23 ans.

17 octobre 1929 : début par crises douloureuses nocturnes. Un médecin lui conseille d'aller à l'hôpital. Il attend plusieurs jours.

23 octobre : fluxion et trismus.

24 octobre : évacuation de pus par la bouche en arrière de d^7 : la tuméfaction et les douleurs diminuent aussitôt.

25 octobre : examen. Persistance d'une tuméfaction cervico-faciale droite. Adénopathie sous-maxillaire et péri-adénite. Température 39° 1.

Trismus moyen. Tuméfaction vestibulaire en regard de d^8 à moitié recouverte d'un capuchon muqueux qui laisse sourdre du pus. Extraction, à l'aide de l'ouvre-bouche sous anesthésie locale, suivie d'écoulement de pus par l'alvéole.

Le 26 octobre : le malade était complètement soulagé.

Le 29 octobre : guérison.

Obervation 37

Périapexite suppurée due à d^1. Extraction. Guérison en trois jours.

Mme G..., 50 ans.

22 octobre : début : violentes douleurs de la région du menton avec dysphagie et insomnie.

28 octobre : apparition d'une fluxion.

30 octobre : examen : tuméfaction, en voie de diminution, de la lèvre inférieure et du menton. Température 37° 3. Caries multiples et tartre abondant : mauvais état buccal. Carie de d^1 avec gangrène pulpaire et arthrite. Abcès vestibulaire.

Soulagement immédiat après l'extraction. Disparition des douleurs le lendemain.

Extraction facile de d^1, au davier, suivie d'évacuation de pus par l'alvéole.

2 novembre : guérison.

Observation 38

Péricoronarite suppurée de g^8 avec phlegmon du pilier antérieur de l'amygdale. Incision de l'abcès. Extraction de g^8. Evolution depuis quinze jours. Guérison en quinze jours.

Mme P..., 30 ans.

30 août 1929 : début : douleurs du côté gauche de la face avec trismus, dysphagie (dent de sagesse en évolution). Puis apparition d'une fluxion et d'un phlegmon

du pilier antérieur de l'amygdale qui est incisé par un laryngologiste le 12 septembre.

13 septembre : vient du service d'oto-laryngologie. Examen : tuméfaction cervico-faciale gauche, et surtout de la région de l'angle. Volumineuse adénite sous-angulo-maxillaire.

Trismus serré. g^8 à moitié recouverte d'un capuchon muqueux qui laisse sourdre du pus. Œdème de l'amygdale et du vestibule.

Extraction de g^8, à l'aide de l'ouvre-bouche, à l'élévateur droit.

Après l'extraction immédiatement : soulagement; six heures après : sédation des douleurs. La tuméfaction diminue progressivement.

23 septembre : guérison.

Observation 39

Envoyée dans le service avec le diagnostic de phlegmon sous-maxillaire; arthrite apicale de g^7. Péricoronarite de g^8. Lympho-cellulite, adénite et périadénite sous-maxillaire. Evolution depuis dix jours. Guérison treize jours après l'extraction de g^7 et de g^8.

Mlle M..., 25 ans.

11 juin 1929 : début par névralgies faciales et insomnie.

15 juin : fluxion avec fièvre. Persistance des douleurs et de l'insomnie.

20 juin : vient dans le service, envoyée par le service d'oto-laryngologie de l'hôpital avec le diagnostic de phlegmon sous-maxillaire du côté gauche.

Examen. Volumineuse tuméfaction sous-maxillaire, dure, téguments rosés.

Trismus-carie de g^7 (arthrite apicale suppurée) g^8 est en évolution, couverte d'un capuchon muqueux œdématié. Tuméfaction du vestibule.

Température 39°.

Extraction de g^7 et g^8 sous anesthésie locale; le trismus est difficile à vaincre à l'ouvre-bouche.

Température le soir 39°.

21 juin : Température 37°9 — disparition à peu près complète des douleurs après l'extraction; la malade a bien dormi.

26 juin : Tuméfaction peu apparente; plus de douleurs.

28 juin : Guérison.

CONCLUSIONS

L'extraction d'urgence a toujours rencontré des adversaires et des partisans : ce n'est pas une discussion nouvelle.

L'emploi des méthodes de choc a poussé de nombreux auteurs à la combattre pour lui préférer l'extraction secondaire.

Cependant la relation de cause à effet est difficile à établir entre l'extraction et certaines septicémies graves. N'en est-il pas de même dans quelques appendicites d'évolution fatale malgré l'intervention.

En présence d'une infection d'origine dentaire il nous semble plus logique de supprimer immédiatement la cause.

Une condition est toutefois indispensable : la bonne conduite de l'extraction qui doit être considérée et réglée comme une véritable petite intervention.

Elle peut être faite sous anesthésie locale.

Elle nous a toujours donné d'excellents résultats.

Vu le Doyen : ROGER.

Le Président de Thèse : Bernard CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BARZILAÏ. — *L'argent colloïdal dans les suppurations dentaires.* Thèse Paris, 1929.

BERCHER. — *Quand faut-il extraire la dent lors des inflammations péri-maxillaires?* (Paris-Médical, 7 sept. 1929).

BONNET-ROY. — *Un nouveau cas d'ostéo-phlegmon grave avec séquestre.* (L'Odontologie, Avril 1930).

BOUVIER. — *Au cours des ostéo-périostites maxillaires, faut-il enlever la dent en période aiguë?* (Soc. de Chirurgie, Toulouse, 20 Décembre 1929.)

BROCA. — *Journal des Praticiens* (25 Octobre 1904).

BROCQ. — *Extraction des dents en période d'infection* (Bulletin Soc. de Chirurgie, Juin 1929, p. 853).

BROCQ et MONIER. — *Traitement chirurgical des affections de la dent de sagesse* (Presse Médicale, 25 Octobre 1922, p. 917).

BUCKLEY. — The Journal of the American Medical Sciences (Vol. LXXXIV, n° 21).

CHOMPRET et DECHAUME. — *Considérations sur le traitement des complications infectieuses locales graves d'origine dentaire* (Revue de Stomatologie, Août 1929, p. 482.).

CHOMPRET et DECHAUME. — *Faut-il extraire la dent en période d'infection aiguë?* (Presse médicale, 1er mars 1930, p. 297).

CHOMPRET et L'HIRONDEL. — *L'abcès buccinato-maxillaire* (Revue de Stomatologie, Avril 1925).

DELBET. — *Adéno-phlegmon et ostéo-périostite du maxillaire inférieur* (Concours médical, 30 mars 1930).

DUNOGIER. — *Etrange préjugé sur l'extraction des dents dans le périoste alvéolo-dentaire suppuré.* Soc. Méd. du 9e arrondis. de Paris, 12 mai 1912.

DREYFUS-SÉE. — *Le Traitement chirurgical des Septico-pyohémies* (Presse Médicale, 20 novembre 1929, p. 1512).

FORGUE. — *Précis de Pathologie Externe,* tome II

FREY et RUPPE. — *Pathologie de la Bouche et des Dents,* 5e Edition, 1922, p, 364, Paris-Baillière.

GORNOUEC. — *Propos sur un accident de dent de sagesse.* (Revue de Stomatologie, janvier 1929).

GUÉRARD. — Thèse de Paris, 1895.

HEATH C. — *Lésions et Maladies des Machoires.* Ash. Londres 1867 (Traduction Darin, p. 98.).

KAZANJIAN. — *Dental Cosmos,* Vol. LXX, n° 2.

LATTÉS et PEROZ. — *A propos d'un cas de Staphylococcimie consécutive à une ostéite diffuse du maxillaire supérieur.* (Revue de Stomatologie, septembre 1929).

LAMY. — *Semaine Dentaire,* 1er Décembre 1929.

LECÈNE. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale.*

LENORMANT. — *Précis de Pathologie Chirurgicale. Tête et Cou.* Masson, pp. 659-660.

NOQUÉ. — *Traité de Stomatologie,* tome XI, p. 336.

OMBREDANNE et BROCQ. — *Maladies des Machoires,* p.p. 81 et 121. *Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet,* 2e Ed., Paris 1927.

POUJOL. — Revue de Stomatologie (Août 1929, p. 479).

RAIGA. — *Traitement des phlegmons d'origine dentaire par le Bactériophage de d'Hérelle* (Revue de Stomatologie, Août 1929).

RAIGA. — *Trois cas de phlegmons d'origine dentaire guéris par le Bactériophage de d'Hérelle. Extraction secondaire de la dent.* Rapport du professeur Gosset. (Bulletin Soc. de Chirurgie, 24 avril 1929, tome LV, n° 14).

RAISON et THIBAULT. — *Septicémies d'origine bucco-dentaire.* Rapport au VIe Congrès de Stomatologie. Revue de Stomatologie. Septembre 1929.

ROUSSEAU-DECELLE. — *Infections générales et cavité buccale.* (Editions Semaine Dentaire Paris 1927).

RUPPE. — *Accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure* (*Archives Nationales de Laryngologie,* 1929, n° 7).

SÉBILEAU. — *Les différentes formes de la septicémie buccale* (Presse Médicale, 1901, n° 10).

SÉBILEAU. — Société de chirurgie. Séance du 31 octobre 1917.

SÉBILEAU. — *Les phlegmons péri-mandibulaires odontopathiques* (Presse Médicale, n° 22, 16 mars 1921).

SAUVÉ. — *Phlegmon ostéo-périostique du maxillaire inférieur guéri par un auto-bactériophage.* Soc. de Chirurgie, 4 Décembre 1929.

TRUFFERT. — *Diagnostic et Traitement des phlegmons péri-mandubulaires d'origine dentaire.* Thèse Paris 1919.

V. WAGENEM and CLARENCE C. CASTELLO (Rochester Général Hospital, (Annals of Surgery; Vol. LXXXVII, n° 5).

R. CHIOT, Maître-Imprimeur, Joigny (Yonne).